

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DEL PACIENTE



¿Reúno los requisitos para Connection to Care®?

Usted debe cumplir con los siguientes criterios:

1. El médico debe haberle recetado algún medicamento de Pfizer
Existen muchos medicamentos de Pfizer disponibles. Para obtener una lista de los medicamentos disponibles de Pfizer, llame al 866-706-2400 o visite www.PfizerHelpfulAnswers.com
2. Residir en los Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU.
3. El ingreso bruto total anual de su hogar debe ser igual o menor al doble del nivel de pobreza federal acorde al tamaño de la familia (ver tabla).
 - La cantidad total de personas en el hogar lo incluye a usted y a aquellos que dependen económicamente de usted.
 - El ingreso bruto total incluye los ingresos, antes de descontar impuestos y deducciones, de todas aquellas personas en el hogar que generen entradas de dinero.

Cantidad total de personas en el hogar	1	2	3	4	5
Ingreso anual (2011)	\$21.780	\$29.420	\$37.060	\$44.700	\$52.340

Para un hogar con más de 5 personas o si usted vive en Alaska o Hawaii, llame al 866-706-2400.

4. Si usted:
 - No tiene cobertura de seguro o no tiene beneficios para medicamentos por receta; o
 - Usted tiene cobertura para medicamentos por receta y está atravesando apuros económicos.
Sírvese completar la sección de Asistencia por Apuros Económicos en la Solicitud del Paciente.

¿Cómo puedo presentar mi solicitud?

1. Complete y firme las secciones para el paciente en el formulario de solicitud.
2. Pida al médico que le receta el medicamento que complete las secciones para el médico recetador en el formulario de solicitud.
3. Coloque todos los documentos requeridos en un sobre con una estampilla postal:
 - Formulario de solicitud original completado y firmado (*secciones para el paciente y para el médico recetador*)
 - Fotocopias de los documentos de constancia de ingresos (*vea la sección sobre constancia de ingresos más adelante*)
 - Para Lyrica® (*pregabalin*), debe incluir la receta original y una fotocopia de un documento válido de identificación, con fotografía, emitido por el gobierno (por ejemplo, licencia de conducir, tarjeta militar, etc.)
 - Los residentes de Puerto Rico o Islas Vírgenes de EE. UU. deben incluir las recetas originales para todos los medicamentos.
 - Enviar a: **PFIZER CONNECTION TO CARE PROGRAM**
PO BOX 66585
ST. LOUIS, MO 63166-6585

Para su información:

- Conserve fotocopias de su solicitud y de los documentos originales de constancia de ingresos.
- Se le notificará de su situación 3-4 semanas después de haber recibido su solicitud.
- Si usted es aceptado(a), se le enviarán todos sus medicamentos al consultorio del médico que se los recetó. En el caso de Lyrica® y de los pacientes que residan en Puerto Rico y en las Islas Vírgenes de EE. UU. los medicamentos serán enviados al hogar del paciente.
- El médico que le receta el medicamento debe tener en su expediente una copia actual del formulario de autorización de HIPAA completado para poder facilitar información médica sobre su persona al programa *Connection to Care*, a Pfizer Inc. y a Pfizer Patient Assistance Foundation Inc. (*Es posible que usted haya recibido este formulario junto a su solicitud por correo. Para obtener un formulario adicional, llame al 866-706-2400 o visite www.PfizerHelpfulAnswers.com*)

¿Qué constancia de ingresos necesito para presentar la solicitud?

Háganos llegar uno de los siguientes documentos que muestre el ingreso bruto total anual de su hogar:

- Talón de cheque de su sueldo actual o los formularios W-2 de todos los miembros de su hogar que trabajen.
- Declaración de impuestos federales (Formulario 1040 ó 1040EZ) correspondiente al ejercicio fiscal anterior.
- Si usted es jubilado, envíe su declaración de seguridad social, pensión u otras declaraciones de ingresos.
- Si usted no tiene ninguna constancia de ingreso, llame al 866-706-2400 para solicitar indicaciones.

SOLICITUD DEL PACIENTE

Lea la información en la hoja de instrucciones aparte.

Escriba claramente en letra de molde en las áreas sombreadas de la solicitud.



Nombre del paciente:		
Dirección del paciente:		
1 Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: (____) _____ - _____	Fecha de nacimiento: (MM/DD/YY): ____/____/____	
Dirección de correo electrónico (opcional):		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

2 Ingreso bruto total anual del hogar: \$ _____ (consulte la guía para los ingresos en la página de instrucciones)	Cantidad de personas en el hogar: _____ (incluido usted y las personas por las que usted sea financieramente responsable)
---	--

3 ¿Tiene alguna cobertura de seguro para los medicamentos por receta?

Sí *Si responde Sí, pase a la sección 4, 5 y 6* No *Si responde No, pase a la sección 5 y 6*

ASISTENCIA POR APUROS ECONÓMICOS DEL PACIENTE
Si usted respondió **SI** en la sección 3 anterior, está pasando apuros económicos y tiene cobertura para medicamentos por receta, responda estas preguntas:

4 a. Marque la casilla que describa con mayor exactitud su tipo de cobertura de medicamentos por receta:
 Apartado D de Medicare Medicaid Empleador Otro _____

b. Declaración de apuros económicos del paciente
 Al marcar este casillero, certifico que estoy pasando por apuros económicos importantes y debido a esto, no puedo en este momento pagar el medicamento de Pfizer que me fue recetado.

CONSENTIMIENTO Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE
Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF) entienden que la información sobre su persona y sobre su salud es privada. La información que usted nos brinde será usada únicamente por Pfizer, PPAF y aquellos que actúen en sus nombres para enviarle los materiales que usted solicite, otro tipo de información útil y actualizaciones del programa *Connection to Care*.

5 Al marcar este casillero, acepto asimismo que Pfizer y PPAF y las compañías que actúen en sus nombres me envíen materiales sobre otras afecciones médicas, usen mi información para desarrollar o mejorar productos y servicios o se comuniquen conmigo en el futuro para conocer mi experiencia con el programa *Connection to Care* o para otros temas relacionados con la salud.

Al firmar a continuación, declaro que mis respuestas y los documentos de constancia de ingresos son completos, verdaderos y exactos según mi leal saber y entender.

Comprendo que:

- Completar este formulario de solicitud no es garantía de que yo reúna los requisitos para el programa *Connection to Care*.
- Pfizer podrá verificar la veracidad de la información que he brindado y podrá pedir más información económica y sobre el seguro.
- Los medicamentos entregados por el programa *Connection to Care* no podrán ser vendidos, comercializados, canjeados o transferidos.
- Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa *Connection to Care* en cualquier momento.
- La asistencia brindada en el marco de este programa no está condicionada a ninguna compra en el futuro.

6 **Certifico y doy fe que si recibo medicamentos proporcionados por Pfizer a través del programa *Connection to Care*:**

- Me comunicaré de inmediato con *Connection to Care* si mi situación económico o mi cobertura de seguros cambia.
- No solicitaré que este medicamento o ningún costo del mismo sea contabilizado como un gasto de mi bolsillo para medicamentos por receta del Apartado D de Medicare.
- No solicitaré el reintegro o la acreditación del (de los) medicamento(s) al proveedor de seguro de medicamentos por recetas o al encargado del pago, incluyendo los planes del apartado D de Medicare, por ningún costo de los medicamentos.
- Notificaré a mi prestador de seguro la obtención de cualquier medicamento a través del programa *Connection to Care*.
- El médico que me receta el medicamento tiene en mi expediente una copia actual del formulario de autorización de HIPAA completado y firmado para poder facilitarle información médica sobre mi persona al programa *Connection to Care*, a Pfizer Inc., y a Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

Firma original del/de la paciente (Padre/madre o tutor, si el paciente es menor de 18 años)	X	Date:
--	---	-------

SECCIÓN PARA EL MÉDICO RECETADOR

Lea toda la información y escriba claramente en letra de molde en las áreas sombreadas.



Nombre del Médico recetador:		
No. de DEA:	N° de licencia del estado:	
Dirección del consultorio / de envío:		Suite N.º:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del consultorio: () -	Fax: () -	
Dirección de correo electrónico (opcional):		

Información para el pedido de medicamentos (Suministro para 90 días). Complete esta sección para todos los productos para residentes de los EE. UU.
 Para Lyrica® (pregabalin) o residentes de Puerto Rico y de las Islas Vírgenes de EE. UU., vea la sección C a continuación.

Nombre del paciente: Fecha:

Dirección del paciente: Fecha de nacimiento: / /

Nombre del producto:	Concentración:	Indicaciones:
Nombre del producto:	Concentración:	Indicaciones:
Nombre del producto:	Concentración:	Indicaciones:

Esto es válido solo para su uso en el programa de ayuda al paciente Connection to Care de Pfizer.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE PARA LA FARMACIA
 Para Lyrica® y pacientes que residan en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU., complete esta sección y adjunte la receta original. Para Lyrica®, sírvase incluir una copia de un documento válido de identificación de su paciente, con fotografía, emitido por el gobierno.

¿Es el paciente alérgico a medicamentos? No Sí Si responde Sí, indique todos:

Indique todos los medicamentos por receta y de venta libre que el paciente está tomando en la actualidad:

CONSENTIMIENTO Y PRIVACIDAD DEL MÉDICO RECETADOR
 Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF) entienden que su información es privada. Toda la información que usted proporcione será usada únicamente por Pfizer, PPAF y aquellos que actúen en sus nombres para administrar el programa Connection to Care y para cumplir con los requisitos legales pertinentes.

Al marcar este casillero, acepto asimismo que Pfizer y PPAF y las compañías que actúen en sus nombres se comuniquen conmigo para conocer mi experiencia con el programa Connection to Care para ayudar a mejorar los servicios.

Al firmar a continuación, usted, el médico recetador, entiende y acepta lo siguiente:

- Recibir y guardar el medicamento del paciente en su consultorio hasta que sea entregado a su paciente.
- Cumplir y respetar la legislación de mi estado para profesionales autorizados a recetar medicamentos.
- Todos los medicamentos suministrados por Pfizer como resultado de este formulario de pedido son para uso exclusivo del paciente indicado en este formulario, y no serán vendidos, comercializados, canjeados, trasferidos, devueltos para su acreditación ni entregados a terceros (por ejemplo, Medicare, Medicaid u otro prestador de beneficios) para su reintegro.
- Pfizer podrá comunicarse directamente con el paciente para confirmar la recepción de los medicamentos.
- Pfizer podrá modificar o cancelar este programa en cualquier momento.
- El medicamento será entregado exclusivamente a este paciente, quien cumple los requisitos y está inscrito en el programa, sin cargo de ningún tipo.
- Si el paciente está presentando una solicitud para asistencia por apuros económicos, certifico que este pedido de medicamentos o la receta adjunta de sustancia controlada está clínicamente indicada para este paciente y que yo supervisaré los tratamientos del paciente. A mi mejor saber y entender, este paciente no podría obtener este medicamento sin la asistencia del programa Connection to Care debido a las razones que el paciente indica en esta solicitud.
- Tengo en mis archivos una copia actual del formulario de autorización de HIPAA completado y firmado por mi paciente para que yo pueda facilitar información médica sobre su persona al programa Connection to Care, a Pfizer Inc., y a Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

Firma original del médico que receta	X	Fecha:
--------------------------------------	---	--------

Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc.
Programas de Asistencia al Paciente
Formulario de Autorización de HIPAA para la divulgación
de información sobre el paciente

Al paciente

La autorización adjunta es para usted y para su médico. Si firma esta autorización, usted está permitiendo que su médico le entregue a Pfizer información médica sobre su persona para ayudar a que usted obtenga sus medicamentos de Pfizer. Un ejemplo del tipo de información que necesitamos obtener de su médico sería la receta para el medicamento que usted necesita. Esta autorización es únicamente entre usted y su médico. Sírvase firmar y entregar a su médico la autorización original firmada y conservar una copia como constancia. Este formulario no debe ser devuelto con su solicitud.

Al médico:

La autorización adjunta, si está firmada por su paciente, documenta el permiso del paciente para que usted facilite a Pfizer cierta información médica y personal concerniente a los programas de asistencia al paciente de Pfizer. Esta autorización es estrictamente para su constancia y no debe ser devuelta con la solicitud de su paciente.

Información para el paciente y el médico:

Pfizer Helpful Answers® es un programa conjunto de Pfizer, Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™, Inc.

Formulario de Autorización de HIPAA para la divulgación de información sobre el paciente PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE de PFIZER INC. y de PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.

Al paciente: Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente (el "Programa") para ayudar a aquellos pacientes que reúnan los requisitos a obtener ciertos medicamentos de Pfizer sin costo alguno. Para determinar su elegibilidad para el programa y para administrar su participación en el programa si usted es aceptado(a), Pfizer, en conjunto con sus compañías afiliadas y los contratistas que administran el programa, necesitan obtener del médico cierta información sobre su persona. Sírvase completar, firmar y fechar esta autorización y devolverla a su médico.

Al médico: Sírvase conservar la autorización original firmada junto al expediente del paciente y entregar una copia al paciente. Usted no tiene que devolver a Pfizer la Autorización del paciente.

* * *

Yo solicito y autorizo a mi médico, _____ ("Médico"), a entregar a Pfizer Inc., incluyendo a los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este programa, la información sobre mi persona y mi afección médica que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para el programa y en caso de ser aceptado(a) para continuar participando en el programa, para administrar el programa, para explicar mi retiro si decido dejar de participar en este Programa y para evaluar la satisfacción del paciente y la efectividad general del programa. El tipo de información que puede entregarse según esta autorización podría incluir:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
- Mi dirección y número de teléfono
- Mi número de seguro social
- Información financiera sobre mi persona
- Información sobre mis beneficios de salud o mi cobertura de seguro de salud
- Información sobre mi afección médica, según sea necesario.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al médico a _____.

Si cancelo esta autorización, entonces el médico dejará de entregar a Pfizer, y a sus representantes, información sobre mi persona. No obstante, yo no puedo cancelar acciones que ya se hubieran tomado en virtud de mi autorización.

Entiendo que una vez que el médico entregue a Pfizer información sobre mi persona en virtud de esta autorización, la legislación federal referente a la privacidad puede no impedir que Pfizer vuelva a revelar mi información. Entiendo asimismo que firmar esta autorización no garantiza que sea aceptado(a) en un programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Esta autorización expirará un (1) año después de la fecha de su firma, o un (1) año después de la última fecha en que yo reciba medicamentos bajo el programa, cualquiera sea la fecha que ocurra con mayor posterioridad.

Paciente o representante personal del paciente *{Autoridad para firmar en nombre del paciente (si corresponde)}*

Firma _____

Fecha _____

Nombre (en letra de molde) _____

Sírvase devolver el formulario firmado al médico. Usted tiene derecho a una copia para su constancia.